



FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

LA MULTIDIMENSIONALIDAD DEL DOLOR CRÓNICO: ROL DE ENFERMERÍA

MULTIDIMENSIONALITY OF CHRONIC PAIN:
NURSING ROLE

TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Enfermería

Junio 2021

Autora: Laura Iglesias Cobo

Directora: Rosario Fernández Peña

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

INDICE

RESUMEN	3
Palabras clave.....	3
ABSTRACT	3
Key words	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. DIMENSIÓN BIOLÓGICA DEL DOLOR CRÓNICO.....	7
2.1. Clasificación del dolor	7
2.2. Mecanismo de acción del dolor	8
3. DIMENSION PSICOLÓGICA DEL DOLOR CRÓNICO	11
3.1. Afrontamiento.....	11
3.2. Dolor crónico y trastornos mentales.....	12
4. DIMENSIÓN SOCIAL DEL DOLOR CRÓNICO	13
4.1. Ámbito laboral.....	13
4.2. Relaciones familiares y de pareja.....	14
4.3. Relaciones sociales.....	15
4.4. Apoyo social	16
5. ENFERMERÍA Y DOLOR CRÓNICO	17
5.1. El proceso enfermero en el dolor crónico.....	17
5.2. Atención enfermera a personas con dolor crónico en distintos niveles asistenciales	19
6. CONCLUSIONES	21
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXO I: Escala Visual Analógica	28
ANEXO II: Escala de Nottingham	28
ANEXO III: Escala de Lattinen	29
ANEXO IV: Cuestionario de McGill	30
ANEXO V: Diagnóstico de enfermería: [00133]: Dolor crónico.....	32
ANEXO VI: Resultados NOC para el dolor crónico.....	33
ANEXO VII: Intervenciones NIC para el dolor crónico	34

RESUMEN

El dolor crónico constituye un problema de salud pública a nivel mundial, padecido por un 20% de la población. Además, es una de las principales causas de discapacidad en el mundo. Su prevalencia en Europa es del 19% y en España del 17%, siendo el dolor crónico lumbar la segunda enfermedad crónica más prevalente. Los efectos del dolor crónico son de carácter multidimensional, produciendo síntomas físicos y malestar psicológico y social. Es un tipo de dolor que puede clasificarse a su vez en distintos tipos y se produce por un mecanismo fisiopatológico complejo y en el que también influyen variables conductuales y emocionales. Ocasiona alteraciones en la salud mental originando trastornos mentales como la depresión y la ansiedad. Asimismo, repercute negativamente en el desempeño laboral, las relaciones sociales, familiares y de pareja.

Es considerado en el sistema nacional de salud como un problema de salud prioritario que requiere atención integral y multidisciplinar. Los cuidados de enfermería han demostrado ser eficaces en la atención a las personas con dolor crónico, atendidos principalmente en atención primaria, y en unidades de tratamiento del dolor a nivel hospitalario.

Palabras clave

Dolor crónico, relaciones sociales, salud mental, enfermería.

ABSTRACT

Chronic pain is a worldwide public health problem, suffered by 20% of the population. It is also one of the main causes of disability in the world. Its prevalence in Europe is 19% and in Spain 17%, with chronic low back pain being the second most prevalent chronic disease. The consequences of chronic pain are multidimensional, producing physical symptoms and psychological and social discomfort. It is a type of pain that can be classified into different types and it is produced by a complex pathophysiological mechanism that it is also influenced by behavioral and emotional variables. It causes alterations in mental health, giving rise to mental disorders such as depression and anxiety. It also has negative repercussions on work performance, social, family and couple relationships.

It is considered in the national health system as a priority health problem that requires comprehensive and multidisciplinary care. Nursing care has proven to be effective in the care of people with chronic pain, mainly attended in primary care, and in pain treatment units at the hospital level.

Key words

Chronic pain, interpersonal relations, mental health, nursing.

1. INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o semejante a un o posible daño tisular” (1).

El dolor crónico es un problema de salud con una alta prevalencia que padece alrededor del 20% de la población mundial (2). A nivel europeo, según un estudio de H. Breivik et al., realizado en el año 2006 en 15 países europeos e Israel, la prevalencia del dolor crónico en Europa oscilaba entre el 12% y el 30%, siendo la prevalencia más alta la de Noruega con un 30% y la inferior la de España con un 12% (3), cifra inferior a la obtenida por Catalá et al., en 2002 en una investigación sobre una muestra de 5000 personas entre la población española, en el que la prevalencia fue del 23.4% (4).

A propósito de la iniciativa “Pain Proposal” en la que participaron 15 países europeos, la prevalencia de dolor crónico en el año 2014 en Europa fue del 19% y en España del 17% (5). En la última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), realizada en el año 2017, se obtuvieron datos similares, situando algunos tipos de dolor entre los trastornos crónicos más prevalentes en España. Concretamente, el dolor crónico lumbar es la segunda enfermedad crónica más prevalente entre la población española, padecida por el 18 de la población. En cuanto a su localización y distribución por sexo, el dolor crónico en la espalda lumbar es padecido por un 22.1% de las mujeres y un 14.7% de los hombres; el dolor crónico de espalda cervical por un 20% de las mujeres y un 8.9% de los hombres, y la migraña o dolor de cabeza frecuente por el 12.3% de las mujeres y el 4.6% de los hombres. Asimismo, es más prevalente en personas mayores de 65 años y en las mujeres en todos los grupos de edad (6).

Por otro lado, el dolor crónico es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y la primera en España, según el estudio sobre la carga global de enfermedades del año 2016 (7,8).

De acuerdo con la teoría de Melzack y Casey (1968) (9), el dolor debe ser entendido como una experiencia multidimensional y no como una sensación meramente física, diferenciándose tres dimensiones (Imagen 1):

Dimensión sensorial-discriminativa: relacionada con mecanismos anatomo-fisiológicos. Esta dimensión es la encargada de transmitir la información nociceptiva y representa la parte objetiva del dolor (localización, duración, cualidad, intensidad...etc.).

Dimensión motivacional-afectiva: en su caso representa la cualidad subjetiva del dolor, es decir, es la responsable de los sentimientos de sufrimiento, aversión, desagrado, así como cambios emocionales. Se relaciona con ansiedad y depresión.

Dimensión cognitivo-evaluativa: se relaciona a su vez con la dimensión motivacional-afectiva. En ella quedan recogidas las creencias, los valores culturales y las variables cognitivas.

En consecuencia, el dolor crónico tiene efectos no solo en la salud física, sino también en la salud mental y en el ámbito social de las personas que lo padecen. De tal manera que origina malestar físico por el proceso fisiopatológico que lo produce, sufrimiento psicológico que puede originar trastornos mentales, y alteraciones en las relaciones interpersonales (relaciones sociales, familiares y de pareja), así como en el ámbito laboral, todo ello traducido en una disminución de la calidad de vida de quienes lo sufren (5,8,10–13).

Estrategia de búsqueda

Para la elaboración de este trabajo académico se ha llevado a cabo una búsqueda de información en las siguientes bases de datos: Google académico, PubMed, Dialnet y Scopus. También se han consultado revistas científicas específicas sobre el tema como la Revista de la Sociedad Española del Dolor (RESED), la revista PAIN y la revista Pain Management Nursing, a las cuales se ha accedido a través de la Biblioteca de la Universidad de Cantabria (BUC). Se han consultado además fuentes oficiales como la página web del Ministerio de Sanidad, la del Instituto Nacional de Estadística (INE) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras fuentes de información como libros especializados en el tema.

La estrategia de búsqueda se ha realizado mediante el uso de términos DeCs (Descriptores de Ciencias de la salud) y MeSH (Medical Subject Headings) (Ver Tabla 1). Se han utilizado los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”.

Se ha limitado la búsqueda a aquellos artículos que estuvieran escritos en español o inglés, publicados en fechas comprendidas entre 2011 y 2021, a excepción de algunos utilizados anteriores a esa fecha por su relevancia en el tema, y que tuvieran acceso libre al texto completo.

DeCs	MeSH
Dolor crónico	Chronic Pain
Relaciones sociales	Interpersonal relations
Empleo	Employment
Lugar de trabajo	Workplace
Atención primaria	Primary Health Care
Afrontamiento	Adaptation
Apoyo social	Social support
Salud mental	Mental health
Depresión	Depression
Enfermería	Nursing

Tabla 1. Términos DeCs y MeSH utilizados en la búsqueda bibliográfica

Descripción capítulos

El trabajo se estructura en cuatro capítulos. Los tres primeros se centran en las diferentes dimensiones del dolor crónico y el cuarto de ellos en el rol de enfermería en la atención a estos pacientes.

Capítulo 1: Dimensión biológica del dolor haciendo referencia a su clasificación, estructuras anatómicas y procesos fisiológicos que explican el proceso mediante el cual se transmite e interpreta el dolor.

Capítulo 2: El segundo capítulo se centra en la relación que existe entre el dolor crónico y la salud mental. Se aborda el mecanismo de afrontamiento del dolor y los trastornos mentales más presentes en pacientes con dolor crónico.

Capítulo 3: En este capítulo se aborda en la repercusión del dolor crónico sobre la esfera social del paciente: sus relaciones sociales, familiares y de pareja, así como el papel del apoyo social.

Capítulo 4: En el último capítulo se analiza el papel de la enfermería en la atención a los pacientes con dolor crónico en Atención Primaria y las Unidades de Dolor a nivel hospitalario, así como el proceso enfermero en la atención a estos pacientes.

2. DIMENSIÓN BIOLÓGICA DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico es una enfermedad física y, por tanto, debe ser descrito desde un punto de vista fisiopatológico, por lo que es necesario circunscribirlo dentro del fenómeno del dolor y describirlo en términos anatómo-fisiológicos.

2.1. Clasificación del dolor

El dolor puede clasificarse principalmente en función de los siguientes criterios: duración, fisiopatología, localización e intensidad.

En primer lugar, atendiendo a su duración, se distingue entre dolor agudo y dolor crónico, cuya principal diferencia es que el dolor crónico se prolonga durante tres meses o más, mientras que el agudo tiene una duración inferior a los tres meses (18). El dolor crónico es considerado como una enfermedad en sí misma, recogida como tal por primera vez en la undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en la que además se propone una clasificación del dolor crónico (Tabla 2), distinguiendo entre siete tipos (2).

TIPOS DE DOLOR CRÓNICO	
Dolor crónico primario	Dolor crónico en una o más regiones anatómicas.
Dolor crónico oncológico	Dolor crónico producido por la enfermedad del cáncer y/o por su tratamiento.
Dolor crónico postraumático y postquirúrgico	Dolor crónico producido por una lesión o una intervención quirúrgica.
Dolor crónico neuropático	Dolor crónico causado por una lesión en el sistema nervioso somatosensorial.
Dolor crónico orofacial y de cabeza	Dolor crónico de cabeza y orofacial.
Dolor crónico visceral	Dolor crónico que se produce en los órganos internos.
Dolor crónico musculoesquelético	Dolor crónico que afecta a huesos, músculos, articulaciones, como consecuencia de una lesión en los mismos.

Tabla 2. Tipos de dolor crónico. Elaboración propia (2).

Por otro lado, según su fisiopatología, se diferencian dos tipos: dolor nociceptivo y dolor neuropático. Mientras que el dolor nociceptivo se produce por la activación de nociceptores o los receptores que se activan ante estímulos dolorosos, el dolor neuropático se produce por una lesión en las vías nerviosas (17).

En función de su localización se puede distinguir entre: dolor somático o visceral. En el caso del dolor somático, el dolor es fácilmente localizado en una región anatómica o estructura concreta (hueso, articulación, ligamento, tendón, músculo o piel, entre otros) y coincide con la localización de la lesión que lo produce. Por su parte, el dolor visceral es más amplio y más difícilmente localizable, como puede ser el caso del dolor abdominal, que puede proceder de distintos órganos (17).

Como se puede observar, el dolor crónico es un tipo de dolor y dada su complejidad, puede clasificarse en siete subtipos distintos, teniendo en cuenta otros criterios como la fisiopatología y la localización, además de la duración.

2.2. Mecanismo de acción del dolor

El dolor es una sensación somática, que además va acompañada de sensación de sufrimiento. Exceptuando el dolor neuropático, el dolor se produce por la estimulación de un grupo de fibras nerviosas periféricas, los nociceptores, que se encuentran en todos los tejidos del organismo salvo en el cerebro (19,20).

Los nociceptores se activan ante estímulos térmicos (temperaturas extremas de frío o calor), químicos (sustancias como la bradisinina y la histamina, entre otras) y mecánicos (presiones o tracciones intensas de los tejidos), y son capaces de distinguir entre estímulos lesivos e inofensivos (19,20).

Las fibras que conducen el dolor pueden ser de 2 tipos (19,20):

Fibras A- delta: contienen mielina y dan lugar al dolor primario, más rápido y de carácter protector.

Fibras C o polimodales: son amielínicas y dan lugar a la sensación de dolor más duradera, lo que se conoce como dolor lento o secundario y que tiene carácter afectivo-motivacional, responsable del dolor crónico (19,20).

La sensibilidad dolorosa forma parte de la sensibilidad somatoestésica, es decir, del conjunto de sensaciones corporales, y se transmite a través de la vía espinotalámica (Imagen 2) (19).

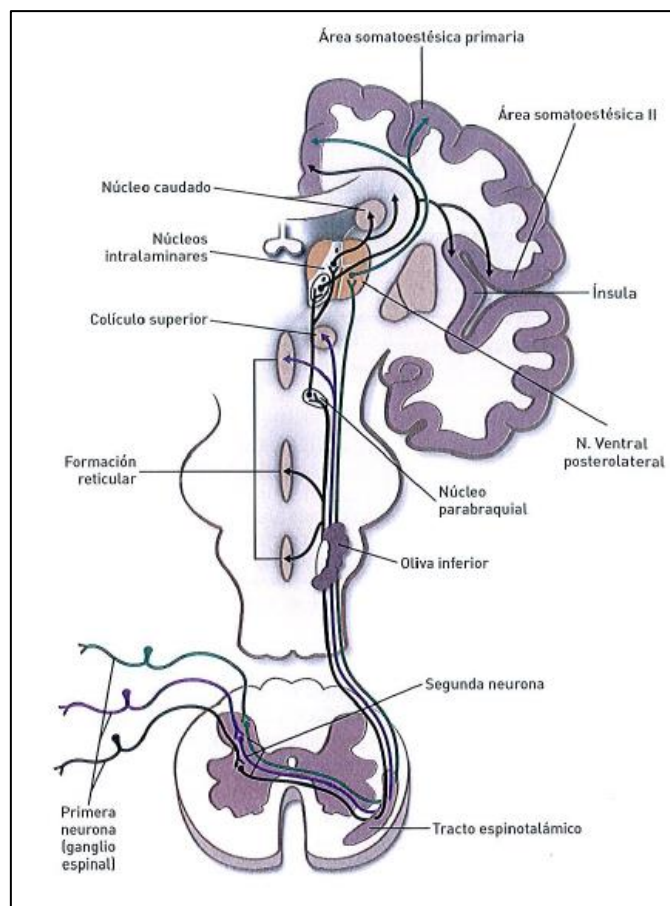


Imagen 2. Representación anatómica de la vía espinotalámica. Fuente: Neuroanatomía Humana(19).

El mecanismo de producción del dolor comienza en los nociceptores, situados periféricamente en los tejidos del organismo, que se activan ante la presencia de un estímulo doloroso. La información obtenida es recogida por las neuronas de primer orden, las cuales se prolongan hacia el asta dorsal de la médula espinal, donde sinaptan con neuronas de segundo orden (19,20).

Las neuronas de segundo orden sinaptan con las neuronas de tercer orden en el núcleo ventral posterior del tálamo. Estas neuronas se proyectan hasta la corteza somatosensitiva primaria (área I), donde se interpreta la procedencia de los estímulos dolorosos, y conecta con centros superiores de procesamiento donde tiene lugar la percepción sensorial (19,20).

Concretamente, los núcleos intralaminares del tálamo tienen efecto modulador sobre la corteza, intervienen en los aspectos emocionales del dolor y en ellos tiene lugar la transmisión del dolor de tipo lento, sordo (19,20).

En lo que respecta a la modulación del dolor, los autores Melzack y Wall enunciaron en 1965 la "Teoría de la puerta de entrada" ("Gate Control Theory") (Imagen 3), y que sigue siendo en la actualidad la teoría más aceptada sobre la modulación del dolor (19,21,22).

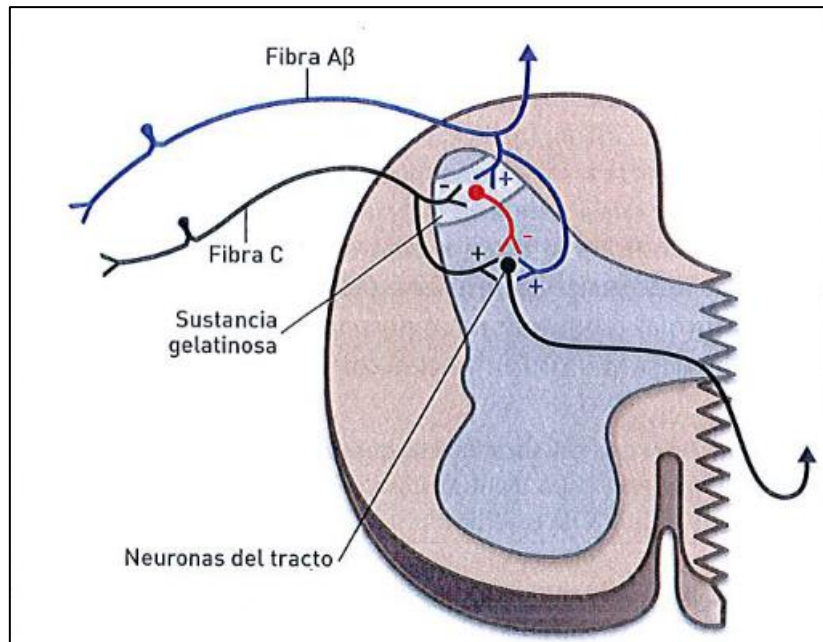


Imagen 3: Sistema modulador del dolor de la puerta de entrada. Fuente: Neuroanatomía humana(19).

Esta teoría se basa en la existencia de varios grupos de fibras nerviosas. En primer lugar, existe un grupo de neuronas en la sustancia gelatinosa, que tienen la función de “compuerta” o “guardián” del sistema nervioso central, las cuales evitan el paso de la información nociceptiva a través de la médula espinal hacia los centros superiores. Estas fibras de la sustancia gelatinosa pueden ser estimuladas por otros dos grupos de fibras. Por un lado, pueden ser inhibidas por las fibras nociceptivas, que producen la apertura de la “compuerta”, dejando pasar la información nociceptiva hacia la corteza cerebral. Sin embargo, si estas neuronas de la sustancia gelatinosa son estimuladas por un grupo especial de fibras, las fibras tipo A-beta, se produce el cierre de la “compuerta” e impiden la entrada de la información dolorosa (19,21,22).

Cuando el estímulo que llega a la médula espinal es de gran intensidad, se produce una competencia entre las fibras nociceptivas y las fibras A-beta. Estas últimas que son mielínicas, se adaptan más rápido al estímulo y dejan actuar a las fibras nociceptivas, las cuales transmiten el impulso doloroso hacia centros superiores (22).

Las fibras A-beta, también se encargan de transmitir la información del tacto y la propiocepción (posición). Este hecho justifica que cuando se produce un daño en una parte del cuerpo, si se frota o presiona esa zona parece que el dolor desaparece. Esto ocurre porque la información del tacto llega a las fibras A-beta y estas activan a las neuronas de la sustancia gelatinosa, cerrándose la “compuerta”, de tal manera que se interrumpe la transmisión dolorosa. Este fenómeno también puede tener lugar cuando aparece un estímulo doloroso que proviene de otra región del cuerpo (20).

Determinadas conductas y pensamientos o sentimientos pueden modular el dolor. Algunas creencias negativas sobre el dolor como que la actividad física agrava la sensación dolorosa, producen un mal afrontamiento del dolor y un aumento de la intensidad de este, mientras que creencias positivas lo favorecen, como una alta capacidad percibida para afrontar el dolor (23–25). Del mismo modo, los pensamientos también modifican la sensación dolorosa, de manera que cuando la persona tiene pensamientos negativos y se muestra pesimista el dolor se

intensifica, mientras que cuando aparta la atención del dolor y muestra optimismo frente al dolor la intensidad del dolor disminuye (26,27). De esta forma, la teoría justifica la influencia de variables cognitivas en la vivencia del dolor.

3. DIMENSION PSICOLÓGICA DEL DOLOR CRÓNICO

Cada individuo responde a la experiencia del dolor crónico de forma distinta por lo que su afectación dependerá en gran medida de qué estrategias de afrontamiento utilice para adaptarse a él. Cuando la persona no es capaz de adaptarse al dolor crónico pueden aparecer algunos trastornos mentales.

3.1. Afrontamiento

El afrontamiento fue definido por Lazarus y Folkman (1986) como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (28).

Las estrategias de afrontamiento (29,30) que los individuos pueden utilizar son:

Activas o dirigidas a la acción: resolución de problemas, reestructuración cognitiva o afrontamiento conductual, expresión de emociones y supresión de emociones negativas, y búsqueda de apoyo social.

Pasivas o no dirigidas a la acción: evitación de problemas, pensamientos ansiosos, catastrofismo, autocrítica y retirada social.

De esta forma, niveles altos de optimismo, autoeficacia, resiliencia y autoestima se relacionan con bajos niveles de intensidad de dolor y discapacidad, y mejor afrontamiento (11,27,31,32).

Por el contrario, el humor depresivo, la sensibilidad ansiosa relacionada con el miedo al dolor, el catastrofismo frente al dolor y la evitación de la experiencia, dificultan el afrontamiento. Especialmente las personas con más síntomas depresivos tienen peores estrategias de afrontamiento (11,27,31,33,34).

El catastrofismo o pensamiento catastrófico tiene un impacto negativo sobre la vivencia del dolor, causando una mayor discapacidad e intensidad del dolor percibido, y más sentimientos de ansiedad y depresión (15,27).

Por su parte, el miedo y la evitación a las actividades que producen dolor se retroalimentan entre sí y dificultan el afrontamiento al dolor, lo que provoca a su vez un empeoramiento de la funcionalidad de la persona (11,27,31,33,34).

3.2. Dolor crónico y trastornos mentales

Los trastornos mentales son patologías frecuentes entre las personas con dolor crónico, estimándose que alrededor del 75.3% de las personas que sufren dolor crónico padecen además una patología mental, destacando que entre ellas un 30-40% sufren ansiedad o depresión (11).

El dolor crónico se asocia significativamente con la depresión. Algunos estudios (35–41) muestran que la prevalencia de depresión en personas con dolor crónico oscila entre el 22.5% y el 69.2%. De igual manera, los resultados obtenidos en la Iniciativa Mundial de Encuestas de Salud Mental (The World Mental Health Surveys) del año 2007, en la que participaron 85088 personas procedentes de 17 países de todo el mundo, mostraron que el trastorno depresivo mayor es una condición frecuente entre las personas con dolor crónico de espalda o cuello, estimándose que la prevalencia en estos se encontraba entre el 2.5 y el 15.7% (42).

Del mismo modo, las probabilidades de padecer depresión en pacientes con dolor crónico son hasta 2.7 veces mayores que las de la población que no padece dolor crónico (43).

En el caso concreto de las personas mayores, la depresión y el dolor crónico son patologías muy prevalentes, encontrándose de forma conjunta en un 13% de los mayores de 65 años (44).

La relación entre estos dos problemas de salud es bidireccional, de modo que el dolor crónico predispone a las personas a padecer depresión y viceversa. En el caso de las personas con depresión, tienen un riesgo de desarrollar dolor crónico alrededor de 3.2 veces mayor que la población sin depresión. En este caso, la prevalencia de dolor crónico como comorbilidad en sujetos con depresión se encuentra entre el 30 y el 60% (34,41,45).

También existe una correlación entre la depresión y la intensidad del dolor, siendo las personas que presentan ambas patologías las que padecen un dolor más intenso. La intensidad del dolor, a su vez gradúa la intensidad de los síntomas depresivos, de tal manera que altos niveles de dolor producen síntomas depresivos más intensos. Además, una mayor intensidad, extensión y duración del dolor producida por la presencia de depresión como comorbilidad, se asocia a una menor respuesta al tratamiento (34,38,39).

Por otro lado, la ansiedad también constituye un trastorno mental frecuente entre las personas con dolor crónico. Diversos estudios muestran que su prevalencia se encuentra entre el 30-73%, superior a la de la población sin dolor (34,36,40). Del mismo modo, las personas con dolor crónico tienen 2.3 más posibilidades de desarrollar ansiedad (42,43).

Su relación, al igual que en el caso de la depresión, es bidireccional de modo que el riesgo de desarrollar dolor crónico en personas con ansiedad es superior al de personas que no la padecen. Un 26.8% de las personas con ansiedad padece también dolor crónico (45). La ansiedad repercute en la severidad del dolor percibido, haciendo que esta sea mayor, y también disminuye la calidad de vida de la persona (34).

En ocasiones los pacientes padecen tanto dolor crónico, como depresión y ansiedad. En estos casos, el dolor referido por los pacientes es más intenso, interfiere gravemente en las actividades de la vida diaria y es percibido como más discapacitante. De esta manera, la severidad e interferencia del dolor es superior en personas que padecen las tres enfermedades en comparación con quienes padecen dolor crónico y, ansiedad o depresión (34,38).

Además de su relación con la ansiedad y la depresión, el dolor crónico se ha relacionado con los trastornos del sueño cuya prevalencia en pacientes con dolor crónico es mayor que en la

población general, pudiendo llegar al 90% (36,46). Un estudio realizado en una muestra de 578 personas le atribuyó una prevalencia inferior, de alrededor del 30% (47). Estos trastornos se relacionan a su vez con la intensidad del dolor, de tal forma que cuando el dolor es intenso la calidad del sueño disminuye, y a su vez un deterioro de la calidad del sueño produce una sensación dolorosa mayor (46). Además, los trastornos del sueño producen un nivel más alto de catastrofismo frente al dolor y más síntomas depresivos, y viceversa (48), constituyendo un factor de riesgo para desarrollar depresión en las personas que padecen dolor crónico (49).

La coexistencia de trastornos mentales y dolor crónico, en ocasiones, conduce a ideación y tentativa de suicidio a quienes lo padecen, siendo su frecuencia del 20% y del 5-14%, respectivamente, cifra que duplica la media de la población, según una revisión realizada por R. Cáceres-Matos et al., publicada en 2020 (11). En esta línea, el estudio de Elena P. Calandre et al., realizado entre 180 personas con fibromialgia en España, mostró que la que la comorbilidad más frecuente fue la depresión, un 16.7% de los encuestados manifestaron haber realizado alguna tentativa suicida, de las cuales un 66.7% realizó una tentativa, un 16.7% dos tentativas y un 16.7% tres (50). En una revisión sistemática sobre el suicidio en personas con fibromialgia, los datos obtenidos también fueron similares, mostrando que un 48% de las personas con fibromialgia tuvieron ideas de suicidio. Por otro lado, un 58.3% de las personas que padecen tanto migraña como fibromialgia manifestaron ideación suicida (51).

En síntesis, se puede observar que los trastornos mentales son muy prevalentes entre la población con dolor y que intensifican la sensación dolorosa y, por ende, el sufrimiento de quien lo padece, poniéndose de manifiesto la gran influencia que tiene el dolor crónico sobre la salud mental.

4. DIMENSIÓN SOCIAL DEL DOLOR CRÓNICO

La esfera social de las personas con dolor crónico también se ve afectada por esta enfermedad, produciéndose limitaciones en la vida diaria, tanto en el desempeño laboral, como en las relaciones con la familia, pareja o cónyuge y otros roles sociales.

4.1. Ámbito laboral

El dolor crónico tiene consecuencias en el desempeño laboral de las personas que lo padecen ocasionando que estas se ausenten de su trabajo en el 21% de los casos, y en ocasiones, cambien de empleo, lo abandonen o lo pierdan (5,12).

Concretamente en España, un 10% de los trabajadores que padecen dolor crónico han perdido su trabajo, mientras que aquellos que lo mantienen se ausentan de este un 40% más que los que no lo padecen (12). Los trabajadores que tienen dolor crónico pierden al año alrededor de 16.8 días de trabajo, reduciendo sus ingresos significativamente. En otro sentido, diferentes estudios han mostrado que ausentarse del trabajo no mejora el estado de salud de las personas con dolor crónico (5,11,12,52,53).

Los trabajadores que presentan dolor crónico suelen ser en su mayoría personas con trabajos manuales como ganaderos u operarios en empresas, cuyas condiciones físicas en el trabajo son peores, respecto a las de otros trabajadores como los ejecutivos, quienes componen el grupo de profesionales en los que el dolor es menos prevalente. (54,55).

Por otro lado, trabajar con dolor reduce en gran medida la productividad y la eficiencia, de forma proporcional a la intensidad del dolor padecido. En el caso de los españoles que padecen dolor, estos son un 30% menos productivos que los trabajadores que no lo sufren (13). Esto ocurre sobre todo en aquellos grupos de personas con menos recursos y un nivel de estudios inferior (11). El miedo a perder su trabajo es la causa de que los trabajadores acudan a su puesto de trabajo con dolor, siendo el número de días trabajados con bajo rendimiento superior al número de días de baja laboral a causa del dolor, ocasionándoles lesiones musculoesqueléticas por sobreesfuerzo que pueden llegar a ser incapacitantes (11–13,52,53).

Las personas con un nivel de estudios inferior tienen mayor dificultad para reincorporarse a su puesto de trabajo tras una baja laboral, por lo que piden ayuda sanitaria con menor frecuencia que personas más cualificadas, y tienden a seguir acudiendo a su puesto de trabajo a pesar del dolor. Sin embargo, son las personas que más acuden a los servicios sanitarios a causa del dolor los que tienen más riesgo de perder su trabajo. Además, la pérdida de empleo en personas con dolor crónico está más relacionado con la alteración del estado de ánimo y los sentimientos negativos que produce padecer dolor que por el dolor en sí mismo (11,12,53).

Entre las patologías que más días de trabajo hacen perder a las personas con dolor se encuentran el dolor de espalda, responsable de un gran número de días de trabajo perdidos por su alta prevalencia en la franja de edad de máxima productividad laboral, entre los 30 y los 60 años; y el dolor producido por enfermedades de tipo reumático (52,56,57).

Otras enfermedades como la migraña, el dolor neuropático y la fibromialgia, también condicionan el desempeño laboral. Por un lado, las personas que sufren migraña pierden de media 10 días de trabajo al año. En el caso de la fibromialgia, cabe destacar que la mitad de las personas que la padecen en España no puede trabajar, un 23% tiene una incapacidad laboral reconocida y solo un 30% tiene adaptaciones en su puesto de trabajo (52,56,57).

En ocasiones, la incapacidad laboral hace que en los pacientes afloren sentimientos de dependencia, y de pérdida de rol, de autonomía y de autoestima. Esto unido a la suplencia de algunas actividades cotidianas en el hogar por parte de la familia, hace que las relaciones familiares y el ambiente en el hogar se enrarezca, de tal modo que en ocasiones los familiares refuerzan esos sentimientos negativos de los pacientes y a su vez, dificultan la reincorporación de los pacientes a su puesto de trabajo (12).

4.2. Relaciones familiares y de pareja

En lo que respecta a las relaciones familiares, la literatura existente aporta resultados contradictorios acerca de las consecuencias del dolor crónico en estas, ya que se ha visto que en algunos casos aumenta el apoyo entre los distintos miembros de la familia, así como la cohesión en el núcleo familiar, mientras que en otros aumentan los conflictos y la pérdida de independencia de la persona que sufre dolor, como consecuencia de un mayor control por parte del resto de miembros de la familia. Del mismo modo, los sentimientos de irritabilidad y enfado de estos pacientes, en ocasiones, dificultan sus relaciones interpersonales y generan estrés en el ambiente familiar, apareciendo insatisfacción con la vida familiar hasta en un 23% de los casos (12,52,53).

La relación con la pareja o el cónyuge también puede sufrir alteraciones a consecuencia del dolor crónico, hasta un 59% de las personas con dolor tienen dificultades con su pareja, provocando

la aparición de tristeza, ansiedad y depresión en las personas con dolor crónico, además de una exacerbación del dolor (52). No obstante, algunos estudios muestran que los matrimonios en los que alguno de los cónyuges padece dolor crónico son más estables que la media. En el caso concreto de las personas que padecen fibromialgia, una buena relación con su pareja o cónyuge tiene un efecto protector sobre su salud mental, lo que favorece el bienestar del paciente. asimismo, las relaciones sexuales también se ven afectadas por este problema de salud, en el caso de la fibromialgia y el dolor osteomuscular, un 40% y 50% de los casos respectivamente, refieren que nunca o rara vez tienen relaciones sexuales. Los pacientes con migraña refieren que la satisfacción con las relaciones es inferior en función de los episodios migrañosos, pero que estas son satisfactorias (11,52,53,58–62).

Por otro lado, el catastrofismo frente al dolor del paciente y una pobre confianza de la pareja en la capacidad del paciente para manejar el dolor, genera mal humor y una actitud menos empática por parte de la pareja, sobre todo los días en los que los pacientes tienen más dolor. El mal humor y los altos niveles de síntomas depresivos de las parejas producen mal humor en los pacientes y más discapacidad, respectivamente (63–65). Mientras que un fuerte apoyo de la pareja, disminuye el dolor padecido (58).

4.3. Relaciones sociales

En lo que respecta a las relaciones sociales, diferentes estudios han puesto de manifiesto que una vida social más activa y una mayor red de relaciones sociales está relacionada con una mejor salud física, así como niveles de dolor, ansiedad, depresión y estrés inferiores a los de las personas con menos relaciones sociales, así como una mejor calidad del sueño, de acuerdo a dos revisiones de la literatura realizadas en 2016 y 2018 (52,66).

El dolor crónico interfiere con las actividades sociales, produciendo aislamiento social y una disminución en las actividades de ocio. La mitad de los pacientes con dolor crónico refieren que la enfermedad les ha impedido acudir a reuniones familiares y sociales, y tener menor contacto con su familia. También se ha observado que estos pacientes evitan planear reuniones sociales por miedo a que el dolor les impida acudir y tengan que cancelar sus planes (11,52,60,62,66,67).

Sin embargo, un estudio realizado en 2019 en personas mayores de 50 años en Reino Unido mostró padecer dolor se relaciona con una disminución del 13% en el riesgo de aislarse socialmente, esto se debe a que las personas de mayor edad piden ayuda a sus familiares y amigos cercanos. Sin embargo, tienen un 15% más probabilidades de sentirse solos, ya que a pesar de relacionarse con otras personas, tienen sentimientos de soledad y se sienten menos integrados en su círculo social (68).

La invisibilidad del dolor produce que los amigos de las personas con dolor se pregunten si el dolor es real o no por su alta frecuencia. En el caso de las personas con migraña, sus amigos en ocasiones interpretan que el dolor es exagerado, lo que produce que los pacientes se vean a sí mismos como personas egoístas y vagos, y se sientan molestos y resentidos por no poder ser capaces de participar en actividades de ocio y no ser comprendidos por sus amigos (60). Esta situación , genera en los pacientes sentimientos de rechazo y hostilidad que se relacionan con una baja salud percibida (69).

4.4. Apoyo social

Un aspecto relevante del ámbito social de las personas con dolor es el apoyo social, definido por Thoits como “el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación” (70).

El apoyo social puede tener dos dimensiones (70):

Apoyo estructural o cuantitativo: hace referencia al número de relaciones sociales que tiene la persona y al número de personas a las que acude en busca de ayuda, así como la relación entre estas. Sería el caso de la familia, la pareja o los amigos.

Apoyo funcional o cualitativo: se refiere a la percepción que tiene la persona sobre la ayuda que obtiene, sensación de sentirse querido, valorado, cuidado. A su vez puede dividirse en cinco tipos:

Apoyo emocional: se relaciona con el cariño y la empatía.

Apoyo informativo: hace referencia a la información que la persona da a los demás para que estos le ayuden.

Apoyo instrumental: se refiere a la obtención de materiales como fuente de ayuda.

Apoyo afectivo: muestras de cariño y afecto obtenidas por parte de las personas más cercanas.

Interacción social positiva: hace referencia a las actividades sociales como fuente de distracción o diversión y que implica la relación con más personas.

El apoyo social se relaciona con un mejor funcionamiento físico de las personas con dolor crónico, y con menor dolor y discapacidad percibidos (58).

Las personas que buscan más apoyo social cuentan con más recursos para afrontar el dolor que aquellos que no lo buscan (11). Por el contrario, las personas con menor apoyo social, tienen mayor riesgo de tener mayores niveles de sufrimiento y un peor pronóstico del dolor, relacionado con más discapacidad (54,66).

De acuerdo con el estudio de Hadi et al., los pacientes reconocen que el apoyo que reciben de su familia y amigos es satisfactorio y les ayuda a afrontar el dolor y realizar las actividades de la vida diaria (10).

Según una investigación realizada entre 340 personas con dolor crónico en Colombia, el tipo de apoyo con el que las personas mostraron más insatisfacción, fue el apoyo emocional y la interacción social positiva (71).

En el caso concreto de las personas con dolor crónico osteomuscular, en un estudio realizado en 2017 en España sobre 200 personas que padecían este tipo de dolor, se vio que la mayoría se beneficiaba de apoyo social, siendo el más utilizado el apoyo afectivo presente en un 78%, que se traducía en un mejor afrontamiento y un mejor estado de salud (72).

A modo de conclusión, el dolor crónico tiene una fuerte repercusión sobre la dimensión social de las personas que lo padecen, condicionando la forma en la que se desenvuelven en su círculo personal y social, y que a su vez tiene influencia sobre su bienestar.

5. ENFERMERÍA Y DOLOR CRÓNICO

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Servicio Nacional de Salud contempla el dolor como un problema de salud prioritario (73). Por su relevancia, en el año 2014 Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad publicó el Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor, que tiene como objetivos mejorar el abordaje integral del dolor, promover la participación de la población, reducir las desigualdades en salud, sembrar iniciativas en investigación sobre el dolor, ofrecer atención sanitaria segura e integral centrada en el paciente, ajustar el uso de los tratamientos, impulsar la prevención y valoración del dolor, así como fomentar la comunicación y coordinación entre los profesionales y los distintos ámbitos profesionales (16).

Del mismo modo, en el documento de consenso para la atención al paciente con dolor crónico no oncológico en Atención Primaria, se propone un Plan Terapéutico Integral (PTI) que pretende llevar a cabo intervenciones multidimensionales como la atención psicoeducativa, la promoción de hábitos de vida saludables como el ejercicio físico, así como terapias farmacológicas, que pueden ser igualmente aplicados en otras unidades asistenciales como las unidades del dolor, que también apuestan por un enfoque multidisciplinar y cuidado integral del paciente (17,74).

5.1. El proceso enfermero en el dolor crónico

El proceso enfermero (Imagen 3) es un procedimiento dividido en una serie de etapas sucesivas relacionadas entre sí, basado en el método científico, que se utiliza para la planificación de los cuidados de enfermería. La enfermera teórica Rosalinda lo definió como “un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente” (75).



Imagen 3. Proceso enfermero. Elaboración propia (75).

Siguiendo este proceso y aplicándolo al cuidado de pacientes con dolor crónico, el primer paso a dar por parte de la enfermera es realizar una valoración de enfermería, que debe ser holística, es decir, debe hacer referencia a todos los aspectos de la vida de la persona, ya que como se ha comentado con anterioridad, el dolor crónico es un problema de salud multidimensional que influye en la persona en todas las esferas de su vida. Esta primera fase de valoración consiste en la recogida de información, que puede obtenerse, por ejemplo, utilizando los patrones funcionales según la teoría de la enfermera Marjory Gordon o las necesidades básicas propuestas por Virginia Henderson en su teoría enfermera (75–77).

Existen diferentes instrumentos específicos para la valoración del dolor crónico tanto unidimensionales y los multidimensionales entre las que destacan las siguientes (75–80):

Escala visual analógica (EVA) (Anexo 1): mide intensidad, puede ir del 0 al 10, siendo el 0 nada de dolor y el 10, máximo dolor.

Escala Nottingham (Anexo 2): es un cuestionario de 38 preguntas, en las que valora el dolor, la energía del paciente, su movilidad física, el sueño, aspectos emocionales y de aislamiento social.

Escala Lattinen (Anexo 3): es un instrumento de valoración multidimensional ya que valora la intensidad y frecuencia del dolor, así como el consumo de analgésicos, la incapacidad y la calidad del sueño. Se utiliza con frecuencia en las unidades del dolor.

Cuestionario del dolor de McGill (Anexo 4): es el instrumento de valoración multidimensional del dolor más utilizado y se divide en cuatro partes. Primero la persona debe localizar el dolor en un dibujo del cuerpo humano, después selecciona entre 78 adjetivos, que están divididos en grupos, aquellos que mejor describan la sensación del dolor. Posteriormente analiza la evolución del dolor y la respuesta al tratamiento, y por último señala la intensidad del dolor.

Tras la obtención de la información, y su posterior análisis, la enfermera obtiene uno o varios diagnósticos de enfermería, es decir, juicios clínicos. En el caso de personas con dolor crónico, la enfermera puede aplicar la etiqueta diagnóstica de “Dolor crónico”, ya que está recogido por la NANDA International como un diagnóstico enfermero (Anexo 5) (75,81,82).

Tras la elección del diagnóstico, la enfermera se plantea una serie de objetivos o resultados (Anexo 6) para el paciente, así como unas intervenciones (Anexo 7) que llevará a cabo para conseguirlos, lo que constituye la fase de planificación (75,82).

La fase de ejecución consiste en poner en práctica las intervenciones planteadas (75).

La fase final la constituye la evaluación, es decir, valorar si se han alcanzado los objetivos planteados para el paciente. No obstante, la evaluación debe ser continua durante todo el proceso (75,82).

Los cuidados de enfermería han demostrado mejorar la calidad de vida de las personas con dolor, reduciendo tanto su intensidad como los factores asociados, como es el caso de los trastornos mentales. De esta forma, algunas intervenciones de enfermería como la estimulación sensorial, la musicoterapia, los programas de terapia cognitivo-conductual, de psicoeducación, de ejercicio físico, las imágenes guiadas y la terapia del campo magnético han mostrado eficacia en el tratamiento del dolor crónico, reduciendo su intensidad (83).

En concreto, la musicoterapia como intervención enfermera, ha demostrado tener efecto sobre el dolor en personas con fibromialgia, disminuyendo el dolor y los síntomas depresivos (84,85).

Por tanto, se pone en evidencia que el proceso enfermero es un instrumento básico para la planificación de los cuidados de las personas con dolor crónico, el cual puede ser utilizado en distintos niveles asistenciales (15,17).

5.2. Atención enfermera a personas con dolor crónico en distintos niveles asistenciales

Podemos encontrar pacientes con dolor crónico en todos los niveles asistenciales, pero la Atención Primaria de Salud (AP) y las Unidades de tratamiento del Dolor (UTD) tienen un papel protagonista en la atención de estos pacientes.

La atención primaria de salud fue definida por la OMS como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad” (86).

Los equipos de atención primaria tienen un papel fundamental en la atención a las personas con problemas de salud crónicos como el dolor crónico, ya que la atención primaria de salud es el primer nivel asistencial del sistema de salud y el más cercano al paciente. Además, se caracteriza por encontrarse dentro de la comunidad de las personas a las que da cobertura, por lo que la atención tiene un enfoque biopsicosocial facilitando a los profesionales disponer de información sobre el ambiente en el que vive, y que garantiza la continuidad de la atención. De este modo, los equipos multidisciplinares de atención primaria entre los que se encuentran las enfermeras, han demostrado ser efectivos en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico (17,73).

El dolor constituye el principal motivo de consulta en los centros de atención primaria. De forma específica, el dolor crónico ocupa entre el 50-60% de las consultas. Además, hasta un 80% de los pacientes con dolor crónico son seguidos exclusivamente por el equipo de atención primaria (5,6).

En lo que respecta al perfil de los pacientes con dolor crónico en AP, la mayoría son mujeres, amas de casa, casadas y con estudios primarios, en las que la frecuencia del dolor es diaria con una intensidad moderada-alta, que interfiere con las actividades de la vida diaria (62).

Los profesionales de enfermería de atención primaria se encargan de valorar exhaustivamente a los pacientes con dolor crónico y plantear planes de cuidados, empoderar a los pacientes promoviendo su autocuidado, administrar fármacos y valorar su eficacia, así como realizar el seguimiento en el tiempo del paciente y evaluar su evolución, garantizando la continuidad de los cuidados (17,73).

De acuerdo con los Estándares y Recomendaciones de la Unidad de Dolor (74), la atención a las personas con dolor requiere la coordinación entre distintos niveles asistenciales y equipos multidisciplinares. De tal modo, que los pacientes con dolor crónico además de ser atendidos en atención primaria, pueden recibir asistencia sanitaria en unidades especializadas en el tratamiento del dolor, es decir, en una Unidad de Tratamiento del Dolor, que es una unidad asistencial compuesta por un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y farmacéuticos, entre otros), que

tiene una serie de características organizativas, estructurales y de funcionamiento que garantizan una atención especializada, segura, eficiente y de calidad a las personas que padecen dolor crónico

Estas unidades se destinan a la atención de pacientes derivados de Atención Primaria o especializada, en su mayoría del servicio de traumatología, que no responden a los tratamientos convencionales, como son el uso de AINES u opioides, y que, por tanto, precisan de tratamientos más específicos e individualizados, así como la aplicación de técnicas más sofisticadas (bloqueos nerviosos, implantes de estimulación medular, infiltración de analgésicos...) (74).

Según la Sociedad Española del Dolor (SED) actualmente en España hay 200 unidades del dolor y 156 clínicas y hospitales privados en los que también se atiende a personas con dolor crónico (87). En el año 2012 el número de unidades era de un total de 183 UTD, 147 de ellas estaban censadas en la SED, en las que se atendía a un 2% de las personas con dolor crónico (5,88). Respecto a la dotación de enfermeras en estas unidades, según datos del 2014, el 57% de estas contaban con una o más enfermeras que trabajan a tiempo completo en ellas y un 26% con enfermeras a tiempo parcial (88).

El papel de la enfermera en estas unidades es fundamental. Sus funciones son: asistencial, docente, gestora e investigadora. Por un lado, en su papel asistencial, realiza una valoración del enfermo, maneja terapias analgésicas, mediante la administración de estas y evaluación de sus efectos, y colabora en terapias intervencionistas. Por otro lado, tiene función docente mediante la educación al paciente, empoderándolo y promoviendo su autocuidado. Asimismo, se encarga de coordinar los cuidados y garantizar la continuidad de estos mediante la comunicación con el resto de los niveles asistenciales, así como la optimización del uso de los recursos tanto materiales como humanos, haciendo un uso racional de los fármacos y reduciendo el número de consultas, es decir, lleva a cabo actividades de gestión. Por último, en su función investigadora se ocupa de estudiar el dolor y plantear mejoras en su abordaje (15,74).

En suma, los cuidados enfermeros en distintas unidades asistenciales han mostrado ser eficaces y mejorar las condiciones de vida de las personas con dolor crónico.

6. CONCLUSIONES

- El proceso fisiopatológico por el que se produce el dolor es complejo y de naturaleza variada, influyendo en él variables cognitivas y conductuales que dificultan aún más su interpretación.
- El carácter multidimensional del dolor crónico produce que sus efectos vayan más allá de la aparición de síntomas físicos, produciendo además malestar psicológico y social, y en la esfera familiar y marital.
- La asociación entre los trastornos mentales y el dolor crónico es muy estrecha, y su coexistencia aumenta el sufrimiento de las personas con dolor crónico, dificultando su recuperación y exacerbando la sensación dolorosa.
- El dolor crónico repercute negativamente en las relaciones sociales, familiares y de pareja, las cuales tienen una gran importancia y son fuente de apoyo para el paciente. Su alteración produce un agravamiento de los síntomas, tanto físicos como psicológicos.
- La atención a las personas con dolor requiere una atención multidisciplinar, para poder dar respuesta a todos los efectos que tiene el dolor en la vida de estas personas.
- A pesar de existir evidencia acerca de la eficacia de las intervenciones enfermeras en el dolor crónico y ser un tema sumamente estudiado, continúa siendo un problema muy importante en la actualidad y es preciso seguir estudiándolo, sobre todo desde el punto de vista de los cuidados de enfermería.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Terminología IASP - IASP [Internet]. [cited 2021 Apr 8]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
2. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003–7.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287.
4. Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: Telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*. 2002;6(2):133–40.
5. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa “pain Proposal.” *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2014;21(1):16–22.
6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [Internet]. 2017. [cited 2021 Apr 8]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
7. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990 – 2019 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1204–22.
8. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E, et al. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. *Med Clin (Barc)*. 2018;151(5):171–90.
9. Montañés MC. El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional-afectiva. *Ansiedad y Estrés*. 1994;0:77–88.
10. Hadi MA, McHugh GA, Closs SJ. Impact of Chronic Pain on Patients’ Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. *J Patient Exp* [Internet]. 2019 Jun 5;6(2):133–41. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2374373518786013>
11. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, Porcel-gálvez AM, Cabrera-Leon A. Consequences of Chronic Non-Cancer Pain in adulthood . *Scoping Review . Rev Saude Publica*. 2020;54:39.
12. Sola H De, Salazar A, Dueñas M, Ojeda B, Failde I. Nationwide cross-sectional study of the impact of chronic pain on an individual ’ s employment : relationship with the family and the social support. *BMJ Open*. 2016;6.
13. Kawai K, Tse A, Wollan P, Yawn BP. Adverse impacts of chronic pain on health-related quality of life , work productivity , depression and anxiety in a community-based study. *Fam Pract*. 2017;34(6):656–61.
14. Change Pain [Internet]. [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.changepain.com/en/home-hcp>
15. Goberna Iglesias MJ, Mayo Moldes M, Lojo Vicente V. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(1):50–8.
16. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Documento marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS. 2014. p. 32.

17. Sánchez Jiménez J, Tejedor Varillas A, García García CR, Gómez García S, González Sánchez M, Gallo Vallejo J, et al. La Atención Al Paciente Con Dolor Crónico No Oncológico (Dcno) En Atención Primaria (Ap) [Internet]. 2015. p. 100. Available from: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
18. CIE-11 - Estadísticas de morbilidad y mortalidad [Internet]. [cited 2021 Apr 8]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1581976053>
19. García-Porrero JA, Hurlé JM. Neuroanatomía Humana. 1ª. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2015. 404 p.
20. Hall, John E; Guyton AC. Compendio de Fisiología Medica. 12ª. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2012. 718 p.
21. Acevedo González JC. Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. Rev la Soc Esp del Dolor. 2013;20(4):191–202.
22. Villanueva L. Asta dorsal medular: ¿cuál es su rol en el procesamiento de los impulsos que generan la sensación dolorosa? Rev la Soc Española del Dolor [Internet]. 1998;5(1):52–69. Available from: http://revista.sedolor.es/pdf/1998_01_07.pdf
23. Queralto JM. Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. Anu Psicol. 2005;36(1):37–60.
24. Moretti L. Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico. Rev Argent Cienc Comport. 2010;2(3):21–9.
25. López Jauregui A, Esteve Zarazaga R, Anarte Ortiz M, Camacho Martel L, Ramírez C. El rol de las cogniciones en la molulación del dolor: evaluación de las creencias en pacientes con dolor crónico. Rev española Neuropsicol. 2001;3(4):46–62.
26. Almendro Marín MT, Clariana Martín SM, Hernández Cofiño S, Rodríguez Campos C, Camarero Miguel B, Río Martín T del. Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. 2011 Jun;31(2):213–27. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
27. Esteve R, López-Martínez AE, Peters ML, Serrano-Ibáñez ER, Ruiz-Párraga GT, Ramírez-Maestre C. Optimism, Positive and Negative Affect, and Goal Adjustment Strategies: Their Relationship to Activity Patterns in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. Pain Res Manag [Internet]. 2018;2018. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/prm/2018/6291719/>
28. Russo A, Santangelo G, Tessitore A, Silvestro M, Trojsi F, De Mase A, et al. Coping Strategies in Migraine without Aura: A Cross-Sectional Study. Behav Neurol [Internet]. 2019 [cited 2021 May 24];2019:7. Available from: <https://doi.org/10.1155/2019/5808610>
29. Castaño EF, León Del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. Int J Psychol Psychol Ther [Internet]. 2010 [cited 2021 May 24];10(2):245–57. Available from: <http://www.>
30. Ramírez Maestre C, Esteve Zarazaga R, López Martínez AE. Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. An Psicol / Ann Psychol. 2001;17(1):129–37.

31. Martínez-Calderon J, Meeus M, Struyf F, Miguel Morales-Asencio J, Gijon-Nogueron G, Luque-Suarez A. The role of psychological factors in the perpetuation of pain intensity and disability in people with chronic shoulder pain: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Apr 13;8(4):e020703. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-020703>
32. Ramírez-Maestre C, Esteve R, López-Martínez AE, Serrano-Ibáñez ER, Ruiz-Párraga GT, Peters M. Goal Adjustment and Well-Being: The Role of Optimism in Patients with Chronic Pain. *Ann Behav Med* [Internet]. 2019 Jun 4;53(7):597–607. Available from: <https://academic.oup.com/abm/article/53/7/597/5090131>
33. Álvarez-Astorga A, García-Azorín D, Hernández M, de la Red H, Sotelo E, Uribe F, et al. Pensamiento catastrófico ante el dolor: presencia en una población de migrañosos. *Neurología* [Internet]. 2021 Jan;36(1):24–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213485319300155>
34. Till SR, As-Sanie S, Schrepf A. Psychology of Chronic Pelvic Pain: Prevalence, Neurobiological Vulnerabilities, and Treatment. *Clin J Obstet Gynecol*. 2019;62(1):22–36.
35. Castro M, Kraychete D, Daltro C, Lopes J, Menezes R, Oliveira I. Comorbid anxiety and depression disorders in patients with Chronic pain. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009;67(4):982–5.
36. Castro MMC, Daltro C. Sleep patterns and symptoms of anxiety and depression in patients with chronic pain. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009;67(1):25–8.
37. Shmagel A, Foley R, Ibrahim H. Epidemiology of Chronic Low Back Pain in US Adults: Data From the 2009–2010 National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Care Res*. 2016;68(11):1688–94.
38. Bair MJ, Wu J, Damush TM, Sutherland JM, Kroenke K. Association of Depression and Anxiety Alone and in Combination With Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care Patients. *Psychosom Med* [Internet]. 2008 Oct;70(8):890–7. Available from: <https://journals.lww.com/00006842-200810000-00008>
39. Rapti E, Damigos D, Apostolara P, Roka V, Tzavara C, Lionis C. Patients with chronic pain: Evaluating depression and their quality of life in a single center study in Greece. *BMC Psychol*. 2019;7(1):86.
40. Castro A, Gili M, Aguilar JL, Pélaez R, Roca M. Sueño y depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Rev la Soc Española del Dolor*. 2014;21(6):299–306.
41. A. Melnick L, Sheng MC. Psychological Aspects of Chronic Musculoskeletal Pain. *Best Pr Res Clin Rheumatol*. 2015;29(1):100–106.
42. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Kovess V, Angermeyer MC, et al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. *Pain* [Internet]. 2007 [cited 2021 May 11];129(2007):332–42. Available from: www.elsevier.com/locate/pain
43. García Pereira F, Henriques França M, Aloicho de Paiva MC, Andrade LH, Viana MC. Prevalence and clinical profile of chronic pain and its association with mental disorders. *Rev Saude Publica*. 2017;51:96.
44. Zis P, Daskalaki A, Bountouni I, Sykioti P, Varrassi G, Paladini A. Depression and chronic pain in the elderly: Links and management challenges. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 10];12:709–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S113576>

45. Ohayon MM, Stang JC. Prevalence and comorbidity of chronic pain in the German general population. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2012;46(4):444–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.001>
46. Mencías Hurtado AB, Rodríguez Hernández JL. Trastornos del sueño en el paciente con dolor crónico. *Rev la Soc Española del Dolor*. 2012;19(6):332–4.
47. Jank R, Gallee A, Boeckle M, Fiegl S, Pieh C. Chronic Pain and Sleep Disorders in Primary Care. *Pain Res Treat* [Internet]. 2017 Dec 19;2017:1–9. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/prt/2017/9081802/>
48. Garrigós-Pedron M, Segura-Ortí E, Gracia-Naya M, La Touche R. Predictive factors of sleep quality in patients with chronic migraine. *Neurologia*. 2019 Mar 8;
49. Campbell P, Tang N, McBeth J, Lewis M, Main CJ, Croft PR, et al. The role of sleep problems in the development of depression in those with persistent pain: A prospective cohort study. *Sleep*. 2013;36(11):1693–8.
50. Calandre EP, Vilchez JS, Molina-Barea R, Tovar MI, Garcia-Leiva JM, Hidalgo J, et al. Suicide attempts and risk of suicide in patients with fibromyalgia: A survey in Spanish patients. *Rheumatology* [Internet]. 2011 [cited 2021 May 10];50(10):1889–93. Available from: <https://academic.oup.com/rheumatology/article/50/10/1889/1790186>
51. Levine D, Horesh D. Suicidality in Fibromyalgia: A Systematic Review of the Literature. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 Sep 23 [cited 2021 May 10];11. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2020.535368/full>
52. Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients , their social environment and the health care system. *J Pain Res*. 2016;9:457–67.
53. Roy R. Social relations and chronic pain. New York: Kluwer Academic Publishers; 2002. 164 p.
54. Cabrera-Leon A, Cantero-Braojos MÁ. Impact of disabling chronic pain: results of a cross-sectional population study with face-to-face interview. *Aten Primaria* [Internet]. 2018;50(9):527–38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.020>
55. Husky MM, Ferdous Farin F, Compagnone P, Fermanian C, Kovess-Masfety V. Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2018 [cited 2021 May 10];16:195. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1018-4>
56. Leonardi M, Raggi A. A narrative review on the burden of migraine : when the burden is the impact on people ' s life. *J Headache Pain*. 2019;
57. Grabovac I, Ernst Dorner T. Association between low back pain and various everyday performances Activities of daily living , ability to work and sexual function. *Cent Eur J Med*. 2019;131:541–9.
58. Meints S., Edwards R. Evaluating Psychosocial Contributions to Chronic Pain Outcomes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;87(Pt B):168–82.
59. Huang ER, Jones KD, Bennett RM, Hall GCN, Lyons KS. The role of spousal relationships in fibromyalgia patients' quality of life. *Psychol Health Med* [Internet]. 2018 Sep 14;23(8):987–95. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2018.1444183>

60. Wachholtz A, Bhowmick A, Herbert L, Marcus D. More is not Always Better: An Epidemiological Assessment of Migraine Frequency and the Impact on Relationships. *J Pain Manag Med*. 2017;3(2).
61. Martire LM, Hemphill RC, Zhaoyang R, Stephens MAP, Franks MM, Stanford AM. Daily marital tension and symptom severity in older adults with diabetes or osteoarthritis. *Ann Behav Med*. 2018;52(10):842–53.
62. Uhden Layron E. Características del paciente con dolor crónico no oncológico en Atención Primaria. *Metas de Enfermería*. 19(9):49–56.
63. Marini CM, Martire LM, Jones DR, Zhaoyang R, Buxton OM. Daily links between sleep and anger among spouses of chronic pain patients. *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2020;75(5):927–36.
64. Martire LM, Zhaoyang R, Marini CM, Nah S, Darnall BD. Daily and bidirectional linkages between pain catastrophizing and spouse responses. *Pain*. 2019;160(12):2841–7.
65. Nah S, Martire LM, Zhaoyang R. Perceived Patient Pain and Spousal Caregivers' Negative Affect: The Moderating Role of Spouse Confidence in Patients' Pain Management. *J Aging Health*. 2020;32(9):1282–90.
66. Cabrera-león A, Cantero-braojos MÁ, Garcia-fernandez L, Guerra de Hoyos JA. Living with disabling chronic pain : results from a face-to-face cross- sectional population-based study. *BMJ Open*. 2018;8:1–12.
67. Musich S, Wang SS, Slindee L, Kraemer S, Yeh CS. Association of resilience and social networks with pain outcomes among older adults. *Popul Health Manag*. 2019;22(6):511–21.
68. Smith TO, Dainty JR, Williamson E, Martin KR. Association between musculoskeletal pain with social isolation and loneliness : analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *Br J Pain*. 2019;13(2):82–90.
69. Philpot LM, Schumann ME, Ebbert JO. Social Relationship Quality Among Patients With Chronic Pain: A Population-Based Sample. *J Patient Exp [Internet]*. 2020 Jun 7;7(3):316–23. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2374373519862934>
70. Alonso Fachado A, Menéndez Rodríguez M, González Castro L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad atención primaria*. 2013;19:118–23.
71. Amaya-Ropero MC, Carrillo-González GM. Apoio social percebido e enfrentamento em pessoas com dor crônica não maligna. *Aquichan*. 2015;15(4):461–74.
72. Cerquera AM, Uribe Rodríguez AF, Matajira Camacho YJ, Delgado Porras MP. Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor. *Diversitas*. 2018;13(2):215–27.
73. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*. 2012. p. 80.
74. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. [Internet]. Informes, estudios e investigación 2011. 2011. p. 161. Available from: www.mspsi.gob.es
75. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4ª Edición. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.

76. Luis Rodrigo M, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez M. De la Teoría a la Práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2005.
77. Ministerio de Sanidad. Metodología aplicable a las normas de NE IG [Internet]. Proyecto NIPE. 2015. p. 104–12. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/07Capitulo4.pdf>
78. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Rev la Soc Española del Dolor*. 2018;25(4):228–36.
79. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor (II). *Rev la Soc Española del Dolor*. 2002;9:109–21.
80. Manterola D. C, Urrutia S, Otzen H. T. Calidad de vida relacionada con salud. Una variable resultado a considerar en investigación clínica. *Int J Morphol*. 2013;31(4):1517–23.
81. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. 11ª ed. NANDA International, editor. Elsevier España, S.L.; 2019. 520 p.
82. NNNConsult [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://www-nnnconsult-com.unican.idm.oclc.org/>
83. JBI. Intervenciones de enfermería para pacientes adultos que sufren dolor crónico. *Best Pract*. 2011;15(10):14.
84. Onieva-Zafra MD, Castro-Sánchez AM, Matarán-Peñarrocha GA, Moreno-Lorenzo C. Effect of music as nursing intervention for people diagnosed with fibromyalgia. *Pain Manag Nurs*. 2013;14(2):39–46.
85. Rodríguez Muñiz RM, Orta González MA, Amashta Nieto L. Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia. *Enfermería Glob*. 2010;(19):1–16.
86. OMS | Atención primaria de salud [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
87. Dolor SE del. Unidades de Dolor [Internet]. [cited 2021 May 15]. Available from: <https://www.sedolor.es/pacientes/unidades-de-dolor/>
88. González-Escalada JR, Camba A, Sánchez I. Censo de las Unidades del Dolor en España: análisis de la estructura organizativa, dotación, cartera de servicios e indicadores de calidad y buenas prácticas. *Rev la Soc Española del Dolor*. 2014;21(3):149–61.

ANEXO I: Escala Visual Analógica

Escala Visual Analógica EVA (17).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	EVA
SIN DOLOR		LEVE		MODERADO			SEVERO				

ANEXO II: Escala de Nottingham

Escala de Nottingham (80).

Pregunta	Si	No	Dominio	Peso
Estoy cansado todo el tiempo			Nivel de energía	39.20
Tengo dolor en la noche			Dolor	12.91
Las cosas me son cada vez más difíciles			Reacción emocional	10.47
Tengo un dolor insoportable			Dolor	19.74
Tomo pastillas para ayudarme a dormir			Sueño	22.37
He olvidado lo que significa disfrutar de mí mismo			Reacción emocional	9.31
Me siento al límite			Reacción emocional	7.22
Me resulta doloroso cambiar de posición			Dolor	9.99
Me siento solo			Aislamiento social	22.01
Puedo caminar sólo en interiores			Capacidades físicas	11.54
Me resulta difícil de doblar			Capacidades físicas	10.57
Todo es un esfuerzo			Nivel de energía	36.80
Me despierto en las primeras horas de la mañana			Sueño	12.57
Soy incapaz de caminar			Capacidades físicas	21.30
Me resulta difícil tomar contacto con la gente			Aislamiento social	19.36
Los días parecen interminables			Reacción emocional	7.08
Tengo problemas para subir y bajar escaleras y escalones			Capacidades físicas	10.79
Me resulta difícil alcanzar las cosas			Capacidades físicas	9.30
Siento dolor al caminar			Dolor	11.22
Estos días pierdo los estribos con facilidad			Reacción emocional	9.76
Creo que no estoy cerca de nadie			Aislamiento social	20.13
Me despierto casi toda la noche			Sueño	27.26
Siento como si estuviera perdiendo el control			Reacción emocional	13.99
Siento dolor al estar de pie			Dolor	8.96
Me cuesta vestirme por mi cuenta			Capacidades físicas	12.61
Pronto me quedo sin energía			Nivel de energía	24.00
Me resulta difícil estar de pie por mucho tiempo (por ejemplo en la cocina, lavadero,			Capacidades físicas	11.20
Estoy con dolor constante			Dolor	20.86
Me toma mucho tiempo para conciliar el sueño			Sueño	16.10
Siento que soy una carga para las personas			Aislamiento social	22.53
Mi preocupación mantenerme despierto por la noche			Reacción emocional	13.95
Siento que la vida no vale la pena vivirla			Reacción emocional	16.21
Duermo mal por la noche			Sueño	21.70
Me resulta difícil llevarme bien con la gente			Aislamiento social	15.97
Necesito ayuda para caminar en el exterior (por ejemplo que alguien que me apoye)			Capacidades físicas	12.69
Siento dolor al subir o bajar escaleras			Dolor	5.83
Me despierto con sensación de depresión			Reacción emocional	12.01
Siento dolor cuando estoy sentado			Dolor	10.49

ANEXO III: Escala de Lattinen

Escala de Lattinen (17).

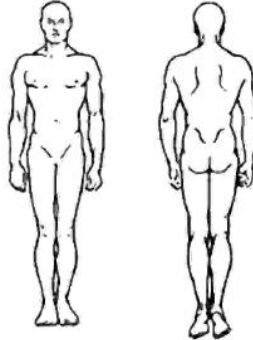
Intensidad del dolor	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Normal	0
	Despierta alguna vez	1
	Despierta varias veces	2
	Insomnio	3
	Sedantes	+1
TOTAL		VALOR INDICATIVO

ANEXO IV: Cuestionario de McGill

Cuestionario de McGill (79)

PARTE I. Localización del dolor

Señalar en el gráfico adjunto la zona donde se localiza el dolor.
Si el dolor es externo: E, Si es interno: I, Si es ambos: EI.



PARTE II. Descripción del dolor (PRI)

Escoger una sola palabra de cada apartado que mejor defina el tipo de dolor que se padece en este momento.

1	2	3	4
Aletea	Brinco	Pincha	Agudo
Tiembla	Destello	Perfora	Cortante
Late	Disparo	Taladra	Lacerante
Palpita		Apuñala	
Golpea		Lancinante	
Martillea			
5	6	7	8
Pellizca	Tira	Calienta	Hormigueo
Aprieta	Tracciona	Quema	Picor
Roe	Arranca	Escalda	Escozor
Acalambra		Abrasa	Aguijoneo
Aplasta			
9	10	11	12
Sordo	Sensible	Cansa	Marea
Penoso	Tirante	Agota	Sofoca
Hiriente	Áspero		
Irritante	Raja		
Pesado			
13	14	15	16
Miedo	Castigador	Desdichado	Molesto
Espanto	Abrumador	Cegador	Preocupante
Pavor	Cruel		Apabullante
	Rabioso		Intenso
	Mortificante		Insoportable
17	18	19	20
Difuso	Apretado	Fresco	Desagradable
Irradia	Entumecido	Frío	Nauseabundo
Penetrante	Exprimido	Helado	Agonístico
Punzante	Estrujado		Terrible
	Desgarrado		Torturante

PARTE III. Cambios que experimenta el dolor

Escoger la palabra o las palabras que describan el modelo o patrón que sigue el dolor

1	2	3
Continuo	Rítmico	Breve
Invariable	Periódico	Momentáneo
Constante	Intermitente	Transitorio

Factores que alivian el dolor:

Factores que agravan el dolor:

PARTE IV. Intensidad del dolor (PPI)

Elegir la palabra que mejor refleje la magnitud del dolor en este momento

1	2	3	4	5
Ligero	Molesto	Angustioso	Horrible	Atroz

SISTEMA DE PUNTUACIÓN

1. PRI (*Pain rating index* = índice de valoración del dolor)

Sensorial: (1-10)

Afectivo: (11-15)

Evaluativo: (16)

Miscelánea: (17-20)

2. PPI (*Present pain index* = índice de intensidad del dolor)

NANDA: [00133] Dolor crónico	
Definición:	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a 3 meses.
Características definitorias	Alteración en la habilidad para continuar con las actividades previas
	Anorexia
	Atención centrada en el yo
	Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor
	Autoinforme de las características del dolor usando un instrumento estandarizado de valoración del dolor
	Cambios en el patrón de sueño
	Evidencia de dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor en aquellos que no se pueden comunicar verbalmente
	Expresión facial de dolor
	Informes de personas próximas sobre cambios en conductas de dolor/cambios de actividades
Factores relacionados	Agente lesivo
	Aislamiento social
	Aumento del índice de masa corporal
	Cambios en el patrón de sueño
	Compresión nerviosa
	Fatiga
	Malestar emocional
	Malnutrición
	Manejo repetido de cargas pesadas
	Patrón de sexualidad ineficaz
	Uso prolongado del ordenador
	Vibración de todo el cuerpo

Tabla 3. Diagnóstico de enfermería: [00133] Dolor crónico. Elaboración propia (82).

ANEXO VI: Resultados NOC para el dolor crónico

RESULTADOS NOC
[1605] Control del dolor
[2101] Dolor: efectos nocivos
[1306] Dolor: respuesta psicológica adversa
[2102] Nivel del dolor
[1014] Apetito
[1409] Autocontrol de la depresión
[2002] Bienestar personal
[2000] Calidad de vida
[1608] Control de síntomas
[0003] Descanso
[0006] Energía psicomotora
[2008] Estado de comodidad
[2010] Estado de comodidad: física
[0008] Fatiga: efectos nocivos
[1503] Implicación social
[0208] Movilidad
[1214] Nivel de agitación
[1211] Nivel de ansiedad
[1208] Nivel de depresión
[1212] Nivel de estrés
[0007] Nivel de fatiga
[1210] Nivel de miedo
[3011] Satisfacción del paciente/usuario: control de los síntomas
[3016] Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor
[2103] Severidad de los síntomas
[2003] Severidad del sufrimiento
[0802] Signos vitales
[0004] Sueño
[1308] Adaptación a la discapacidad física
[3102] Autocontrol: enfermedad crónica
[1831] Conocimiento: manejo de la artritis
[1843] Conocimiento: manejo del dolor
[1103] Curación de la herida: por segunda intención
[1305] Modificación psicosocial: cambio de vida
[1216] Nivel de ansiedad social
[0313] Nivel de autocuidado
[1107] Recuperación de las quemaduras

Tabla 4. Resultados NOC del diagnóstico de enfermería de dolor crónico. Elaboración propia (82).

ANEXO VII: Intervenciones NIC para el dolor crónico

INTERVENCIONES NIC
[2380] Manejo de la medicación
[1320] Acupresión
[2210] Administración de analgésicos
[2214] Administración de analgésicos: intraespinal
[2300] Administración de medicación
[1380] Aplicación de calor o frío
[2400] Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (acp)
[5330] Control del estado de ánimo
[1340] Estimulación cutánea
[1540] Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (tens)
[6000] Imaginación simple dirigida
[1480] Masaje
[5230] Mejorar el afrontamiento
[2390] Prescribir medicación
[1460] Relajación muscular progresiva
[5860] Biorretroalimentación
[840] Cambio de posición
[5460] Contacto
[5900] Distracción
[5840] Entrenamiento autógeno
[4920] Escucha activa
[5922] Facilitar la autohipnosis
[5960] Facilitar la meditación
[202] Fomento del ejercicio: estiramientos
[5920] Hipnosis
[5320] Humor
[6482] Manejo ambiental: confort
[1850] Mejorar el sueño
[6680] Monitorización de los signos vitales
[4400] Musicoterapia
[1520] Reiki
[1390] Tacto curativo
[5465] Tacto terapéutico
[4320] Terapia asistida con animales
[221] Terapia de ejercicios: ambulación
[226] Terapia de ejercicios: control muscular
[224] Terapia de ejercicios: movilidad articular
[6040] Terapia de relajación
[5616] Enseñanza: medicamentos prescritos
[5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento
[5602] Enseñanza: proceso de enfermedad

Tabla 5. Intervenciones NIC en el diagnóstico de enfermería de dolor crónico. Elaboración propia (82).